

CSCO 发布新版肿瘤放化疗相关中性粒细胞减少症规范化管理指南 新指南彰显精准分层管理 降低用药难度

医师报讯(融媒体记者 秦苗)近日,中国临床肿瘤学会(CSCO)发布《肿瘤放化疗相关中性粒细胞减少症规范化管理指南(2021版)》,进一步完善发热性中性粒细胞减少(FN)风险分层的放化疗相关因素和患者因素,并据此更新完善了临床诊疗路径,力求达到精准分层,降低粒细胞集落刺激因子(G-CSF)的用药难度,促进规范化管理。事实上,CSCO指南工作委员会在2007年制定第一版指南后的四年,已经逐步全国落地,逐步对肿瘤放化疗相关中性粒细胞减少症的管理提出分层管理概念,降低用药难度等规范化流程,并建立了预防与治疗的临床路径。

血液

马军 血液肿瘤相关粒细胞减少负担最重



指南执笔人、哈尔滨血液病研究所所长马军教授指出,血液肿瘤相关粒

细胞减少或缺乏的发生率非常高,尤其是在接受化疗的血液肿瘤患者中,约90%都会出现粒细胞减少或缺乏。据临床研究统计,癌症患者的FN发生率为7.83/1000,而恶性血液病患者的FN发生率高达43.3/1000。放、化疗可引起中性粒细胞减少或缺乏,其他各种小分子靶向药物、

大分子的单克隆抗体、单抗及抗体药物偶联物等也都可引起。由此可见,血液肿瘤相关粒细胞减少的疾病负担非常重。

而粒细胞缺乏或减少一旦发生,感染和死亡的风险大幅升高,中性粒细胞减少的程度、持续时间与感染甚至死亡风险直接相关,这一并发症严重影响了无病

生存期(PFS)和总生存期(OS),最终难以达到预期的疗效。粒细胞减少引起的感染和发热是血液肿瘤医生最关心的关键问题之一。在白血病、淋巴瘤的治疗中,需要保证患者的白细胞尽可能维持在正常水平,以实现足剂量、足疗程的化疗,所以必要时需要采用二级预防、甚至一级预防,以

降低中性粒细胞减少的发病率和严重程度,减少感染,改善患者的生存预后,追求临床治愈。

在新指南制定过程中,实行MDT模式,组织了血液内科、移植科、肿瘤内科、肿瘤外科、放疗科、介入科、靶向治疗科和生物工程科等多个学科的专家,对各自领域肿瘤的粒细胞减少

防治模式进行深入挖掘,所以本篇指南非常全面,完全可以作为血液肿瘤及其他各肿瘤学科进行粒细胞减少规范化管理的依据。



关联阅读全文
扫一扫

姑息治疗

秦叔逵 为肿瘤学科整体发展保驾护航

南京金陵医院秦叔逵教授指出,近年来,随着欧美等国际学术组织制定的升白指南的不断更新,支持治疗的理念也在不断转变,更加重视全程管理和多学科协作,并且积极提倡“以患者为中心”的诊疗理念。目前,中国临床肿瘤学科的发展整体趋好,但是对于不良反应管理仍需进一步提高和完善,部分医生对中性粒细胞减少症的危害的重视程度不足,对G-CSF的应用存在随意性,亟待规范。比如有的医生会在骨髓抑制后不恰当地降低化疗药物的剂量强度和密度,而忽视了降低化疗剂量对于疗效的影响;还有部分医生对于采取G-CSF预防和治疗的应用人群不清楚,且缺乏主动预防的意识。

针对这些问题,新指南中,特别强调全程、分层管理的模式,进一步完善了发热性FN风险分层的放化疗相关因素和患者因素,并据此更新完善了临床诊疗路径(图1),力求达到精准分层,降低G-CSF的用药难度,促进规范化管理。

应用G-CSF为肿瘤患者带来的获益是明

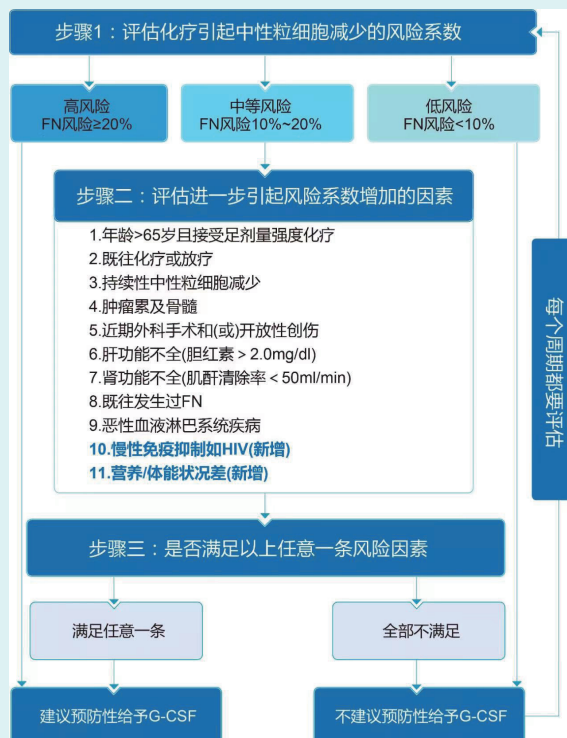
确的。如2013年,一项纳入61项随机对照研究、数万例多瘤种患者的Meta分析表明,对于随机分入G-CSF支持治疗的患者,其全因死亡风险较对照组显著降低(RR=0.93);在对其纳入的RCT进行比较时发现,随访时间越长,其报告的全因死亡RR值越低,表明G-CSF的生存获益会随时间增加。后续2018年的Meta分析得出了相似的结果,G-CSF组的全因死亡风险也较对照组显著降低(RR=0.92)。



由此可见,合理的升白措施可显著改善生存预后,其规范势在必行。



关联阅读全文
扫一扫



肺癌

周彩存 新指南引领肺癌治疗全程规范化管理

同济大学附属肺科医院周彩存教授指出,目前,靶向和免疫药物在肺癌治疗中取得了重大进展。过去晚期非小细胞肺癌(NSCLC)患者的5年生存率约为5%,KEYNOTE-001研究证实,帕博利珠单抗作为一线治疗的5年OS率达23.2%。此外,在KEYNOTE-024 III期研究中,对于PD-L1 TPS≥50%且无EGFR或ALK基因突变的晚期NSCLC患者,帕博利珠单抗在OS、PFS及安全性方面完胜含铂化疗方案。帕博利珠单抗也因此获得美国FDA批准,进入NSCLC一线治疗阵营。

但是需要注意的是,这类能实现“chemo-free”的患者仅占小部分,大多数驱动基因阴性的患者的治疗模式是免疫药物联合化疗。因此,即使是在靶向和免疫治疗时代,化疗作为多种方案联合搭配的重要组成,仍是肺癌治疗不可或缺的一部分,其在肺癌整体治疗和综合治疗中仍发挥着重要作用。

单纯化疗即可引发多种毒副作用,尤以血液学毒性对患者的影响最为严重,而化疗联合

免疫治疗后,其毒性并不会降低,此外,化疗联合抗血管生成药物亦可使不良事件发生率增加。而对于驱动基因阴性的晚期肺癌治疗目前的趋势是以化疗为基础的联合治疗,因此减少化疗毒副反应、保证治疗方案的剂量强度,仍是临床医生需要考虑的关键问题。

新指南规范了肺癌同步放化疗的G-CSF用药方案。一直以来,对于小细胞肺癌患者同步放化疗期间是否预防性应用G-CSF,学者们各执己见,主要原因在于长期以来没有研究能够明确G-CSF对同步放化疗的疗效作用是否存在不良影响。

早期的一项III期研究对比了同步放化疗期间用或不用GM-CSF的结局,发现GM-CSF组中重度血小板减少症发生率显著升高、住院时间显著延长。该研究使得众多学者怀疑放化疗联合G-CSF这一模式的安全性,最主要担心的是G-CSF可能存在的肺毒性,而放疗也具有肺毒性,二者联合可能放大这一效应。因此,ASCO及NCCN等指南曾一度不推荐同步放化疗期间



周彩存教授

预防性用药。但此后多项研究陆续证明了放化疗联合G-CSF不会增加肺毒性。如CONVERT III期研究发现,局限期小细胞肺癌同步放化疗期间使用G-CSF并不会增加急性重度肺炎或食管炎的风险,且对生存预后无影响,表明放化疗联合G-CSF是安全的。在有效性方面,国内有研究发现,同步放化疗期间G-CSF用药对比延迟给药(化疗结束5天后),可显著降低FN、中性粒细胞减少相关住院及化疗延迟的风险。自2020年起,《NCCN造血生长因子指南》已删去了“放疗不推荐预防性用药”一项。



扫一扫
关联阅读全文